

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE ^{N°} 590

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

DUPONT Joseph-Marie-Emile

Né à RENNES, le 9 Août 1911

Etude sur quarante cas d'ACRODYNIE

observés dans la Région de Rennes de 1922 à 1935

Président de thèse : M. le Professeur NOBÉCOURT

RENNES

IMPRIMERIE DE L'OUEST-ECLAIR

38, RUE DU PRÉ-BOTTÉ, 38

1935

006

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

DUPONT Joseph-Marie-Emile

Né à RENNES, le 9 Août 1911

**Etude sur quarante cas
d'ACRODYNIE**

observés dans la Région de Rennes de 1922 à 1935

Président de thèse : M. le Professeur NOBÉCOURT

RENNES
IMPRIMERIE DE L'OUEST-ECLAIR
38, RUE DU PRÉ-BOTTÉ, 38

1935

LE DOYEN. M. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTIN.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSENGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MOIGNOT.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD .. Histologie.
 CATHALA ... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD .. Parasitologie.
 GASTINEL .. Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN ... Oto - rhino - laryngo-
 logie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN .. Anatomie pathologi-
 que.
 JOANNON ... Hygiène.
 LABBÉ (Henri) . . . Chimie biologique.
 LACOMME .. Obstétrique.
 LANTUEJOUL. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy).... Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgi-
 cale.
 M^{re} J. LÉVY . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâ-
 trie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgi-
 cale.
 MOUQUIN .. Pathologie médicale.
 OBERLING .. Anatomie pathologi-
 que.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgi-
 cale.
 TROISIÈRE ... Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH ... Pathologie chirurgi-
 cale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE ... Pathologie chirurgi-
 cale.
 BUSQUET ... Pharmacologie.
 CHAILLET-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologi-
 que.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN ... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT ..			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ..	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT
Professeur de clinique des maladies des enfants;
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades;
Membre de l'Académie de Médecine.

*Qui a bien voulu me faire le grand
honneur de présider cette thèse, res-
pectueux hommage.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVREL
Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes;
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

*Dont j'ai été l'externe et qui m'a
inspiré le sujet de cette thèse et m'a
guidé dans sa rédaction. Hommage
reconnaissant.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DAMANY
Professeur de Clinique médicale à l'Ecole de Médecine
de Rennes.

*Dont j'ai été l'externe et qui m'a
toujours témoigné une bienveillance
dont je lui suis profondément recon-
naissant.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR FEILLARD
Doyen des Médecins de l'Hôpital Civil de Brest;
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Dont j'ai été l'interne pendant deux
ans et qui m'a fait si largement pro-
fiter de sa belle expérience clinique.*

AVANT-PROPOS

Dans sa thèse consacrée à l'étude clinique de l'acrodynie infantile, Servel de Cosmi définit cette maladie comme une affection « caractérisée par l'association clinique de troubles nerveux, cutanés et cardio-vasculaires où dominant les troubles psychiques et les altérations localisées au niveau des extrémités ». Définition complète et qui, ne préjugant pas de la pathogénie de la maladie, nous semble résumer très heureusement ses caractères cliniques.

L'Acrodynie actuelle, affection bien particulière à l'enfance, et qui ne semble guère identifiable à l'Acrodynie des adultes qui sévit sous forme d'épidémie à Paris et à Bruxelles en 1828 et 1829, a fait l'objet de très nombreux travaux depuis que les premiers cas en ont été signalés, vers 1920, en Amérique et en Europe. Cependant, si ses divers aspects cliniques sont maintenant bien connus, il n'en est pas de même de son étiologie et de sa pathogénie qui demeurent très obscures. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de publier les cas d'Acrodynie observés dans

notre région, l'accumulation de nombreux cas bien étudiés pouvant être éventuellement profitable à la connaissance d'une maladie dont l'essence reste mystérieuse.

Nous avons pu dresser dans ce but une statistique locale de l'Acrodynie dans la région de Rennes de 1922 à 1935, reposant sur 40 observations. Ces observations nous ont été confiées par M. le Professeur Chevrel. Elles concernent les cas qu'il a rencontrés dans sa clientèle et parmi les malades de son service à l'Hôtel-Dieu de Rennes.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

Les conditions d'apparition de l'Acrodynie sont encore assez mal connues pour qu'il soit intéressant de dégager des observations que nous rapportons plus loin quelques remarques sur l'étiologie de la maladie.

INFLUENCE DE L'ÂGE

L'Acrodynie actuelle est une maladie particulière à l'enfance, elle ne frappe que les enfants et encore se limite-t-elle aux enfants de moins de sept ans. La statistique que nous avons dressée vient renforcer cette opinion. Tous les cas observés s'échelonnent de 10 mois à 7 ans et se répartissent de la façon suivante ;

De 0 à 12 mois.....	1 cas
De 1 à 2 ans.....	9 cas
De 2 à 3 ans.....	19 cas
De 3 à 4 ans.....	7 cas
De 4 à 7 ans.....	4 cas

La maladie atteint donc son maximum de fréquence entre un et trois ans,

INFLUENCE DU SEXE

Dans la plupart des statistiques qui ont été publiées, on voit que les garçons sont atteints en plus grand nombre que les filles. C'est ainsi que Wood trouve 52 garçons pour 36 filles et Servel de Cosmi. 97 garçons pour 60 filles. Dans notre région, au contraire, les filles ont été plus atteintes que les garçons, puisque nous en trouvons 23 contre 15 garçons seulement. Il est donc, à notre avis, plus conforme à la réalité de ne reconnaître au sexe aucun rôle dans l'étiologie de la maladie.

INFLUENCES SAISONNIÈRES

L'influence de la saison est assez difficile à établir, car il est très souvent impossible de préciser avec certitude la date exacte à laquelle remonte le début réel de la maladie. Ce début est en effet, la plupart du temps, très insidieux et la maladie n'est remarquée par l'entourage de l'enfant qu'après un temps plus ou moins long. Toutefois, il nous a semblé que l'acrodynie avait une tendance à se manifester de préférence au printemps. Elle est encore assez fréquente en été, mais elle est très rare en hiver. Les cas que nous rapportons se répartissent ainsi :

- 27 cas pendant les mois de printemps ;
- 8 cas pendant les mois d'été ;
- 3 cas pendant les mois d'hiver.

CAUSES OCCASIONNELLES

Le rôle prédisposant des maladies infectieuses n'est pas nettement démontré, bien que certains auteurs (J.-V. Braithwaite) estiment que la maladie est souvent en relation avec des infections « grip-pales » générales ou locales. Signalons que parmi ceux que nous avons étudiés, deux cas se sont développés aussitôt après une rougeole, un cas après une coqueluche, deux après un impétigo étendu et deux après des affections pulmonaires aiguës. De plus, dans un des cas d'acrodynie récidivante que nous rapportons, la récurrence a succédé à une grippe.

Il y a lieu de signaler, sans que nous puissions tirer de cette remarque aucune conclusion, que la pathologie nerveuse de notre région s'est enrichie de nombreuses atteintes de poliomyélite et d'encéphalite, cas sporadiques ou épidémiques presque inconnus avant le bouleversement opéré par la guerre de 1914-1918. On sait que l'hypothèse de la nature infectieuse et spécialement encéphalopathique est admise par beaucoup d'auteurs, malgré les arguments contraires de Rietschel (de Wastzbourg) (absence de lésion nécropsiques constantes et, surtout, absence de séquelles persistantes). Il nous est personnellement impossible d'apporter à ce débat étiologique une contribution valable.

CHAPITRE II

TOPOGRAPHIE DE LA MALADIE

CARTE

Pensant qu'il était intéressant d'étudier la répartition géographique de la maladie, nous avons dressé une carte de la région de Rennes sur laquelle nous avons indiqué les localités où les cas d'acrodynie ont été observés. Cette étude topographique n'est malheureusement pas complète, car nous ne connaissons pas la provenance exacte de tous les malades observés.

De cette carte se dégagent néanmoins quelques remarques intéressantes. Tout d'abord il faut noter que les cas ne sont pas groupés dans un seul îlot ni même dans des localités voisines, mais qu'ils sont au contraire éloignés les uns des autres, séparés par des distances de 15 à 30 kilomètres. Cette constatation ne fait d'ailleurs que confirmer ce que plusieurs auteurs ont déjà signalé.

Sur la carte, l'acrodynie nous apparaît comme une maladie plutôt rurale qu'urbaine, puisque sur les



40 observations que nous rapportons, 2 seulement concernent de jeunes citadins, l'un de Saint-Servan, l'autre de Rennes.

On peut noter également, sans qu'il soit d'ailleurs possible d'en trouver la raison, que la plupart des cas observés figurent sur la carte dans la région nord-est de l'Ille-et-Vilaine, alors qu'on en trouve relativement peu dans la région sud et pas du tout dans la région sud-ouest. On remarque aussi que beaucoup de localités affectées par la maladie sont situées à proximité de cours d'eau, le long du Couesnon ou de ses affluents, de même le long du trajet de la Vilaine. Nous constatons le fait sans pouvoir dire s'il présente quelque intérêt.

Il serait intéressant de savoir si les régions ou les localités où se sont déclarés les cas d'acrodynie ont été également le siège d'autres infections prédominantes ou d'affections à type encéphalitique. Malheureusement, il nous a été impossible de réunir à ce sujet des documents certains.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

Acrodynie mortelle chez un hérédosyphilitique.

Pierre B..., 2 ans $\frac{1}{2}$, enfant unique, consulte le 12 mai 1922 pour des troubles généraux : inappétence, amaigrissement, insomnie et troubles du caractère. Cet enfant, qui jusqu'au mois d'avril a toujours été bien portant et s'est développé normalement, est devenu triste, grognon, hargneux à l'égard des siens. Il ne joue plus, refuse de marcher. Il s'alimente difficilement bien qu'il n'existe pas de troubles digestifs à proprement parler. Il a maigri en six semaines de plus d'un kilog et son sommeil est devenu très irrégulier. Il ne présente pas de fièvre.

L'examen viscéral ne révèle aucune lésion. On remarque seulement un état d'hypotonie musculaire manifeste. L'état de maigreur, de dénutrition est évident. En outre les extrémités sont refroidies et un peu rouges. Les dents sont en mauvais état : toutes les incisives sont cariées. Le pouls est rapide à 120 par minute.

Les urines sont normales de même que les selles.

L'enfant est envoyé à la campagne. Il prend des récal-cifiants et du jus de fruits.

Revu le 30 juin de la même année ; l'enfant présente un état sensiblement stationnaire. Les signes généraux sont les mêmes ainsi que les troubles du caractère. Il pousse des cris dès qu'on essaie de l'examiner. Il reste couché presque constamment et refuse de marcher. L'amaigrissement n'a pas progressé, mais l'enfant n'a pas pris de poids. Le sommeil est toujours troublé. L'enfant présente en outre de vives démangeaisons et des sueurs abondantes au niveau des mains. La tachycardie persiste. Le traitement prescrit à ce moment comporte de l'arséniate de soude à faible dose, un peu d'extrait thyroïdien associé au glycérophosphate de chaux et au protoxalate de fer.

A la fin de juillet, les parents décident de faire entrer l'enfant à l'hôpital. Il est admis à l'Hôtel-Dieu le 25 juillet.

Au bout de quelques jours d'hospitalisation, se manifeste une éruption généralisée mais maxima au niveau des membres et caractérisée par des papules, de prurigo, éruption très prurigineuse. Le grattage produit des lésions disséminées de pyodermite qui se généralisent à tout le tégument. En quelques jours apparaissent au niveau des extrémités d'autres symptômes. Les mains deviennent rouges et œdématisées. Les doigts sont boudinés et fléchis. On note à la face palmaire quelques fissures très prurigineuses.

Aux pieds ces signes sont moins marqués mais la face plantaire est œdématisée et rouge. Elle est également très prurigineuse.

L'examen des viscères ne révèle rien d'anormal.

On note de nouveau une hypotonie musculaire extrêmement marquée, généralisée, une légère exagération des réflexes rotuliens, des crises sudorales intenses donnant

lieu à des éruptions, de sudamina sur tout le corps. Enfin une insomnie presque totale.

Il est apparu de grosses adénopathies au niveau du cou, des aisselles et des aines.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

L'enfant s'alimente avec difficulté et, peu à peu, dépérit. A la fin d'août les parents mécontents du résultat obtenu à l'hôpital reprennent leur enfant et demandent les soins d'autres médecins.

Un neurologue et un dermatologue, confrères très distingués, sont appelés auprès du petit malade. Le syndrome qu'il présente les laisse perplexes et, pensant à l'intervention possible de la syphilis, ils demandent une réaction de Bordet-Wassermann. Cette réaction donne un résultat faiblement positif et l'enfant est mis au sulfarsénol.

Des renseignements que nous avons pu obtenir il résulte que ce traitement a donné une légère amélioration. L'état général s'est relevé. L'enfant s'est alimenté moins difficilement et a pris du poids. Mais malgré l'application de topiques divers les lésions cutanées, notamment au niveau des mains et des pieds ont continué à évoluer.

Après une légère rémission, les troubles généraux se sont accentués et l'enfant a succombé à la cachexie en novembre 1922.

OBSERVATION N° II

Acrodynie banale. Mort en hyperthermie.

Marie Ren..., 20 mois, de Domalain, nous est adressée par le docteur Baron-Renaud, de La Guerche, le 24 septembre 1927. Cette enfant née à terme, de parents sains, s'est développée normalement jusqu'à l'âge de 13 mois, âge où elle a commencé à marcher seule.

La maladie a débuté par des troubles du caractère : l'enfant criait presque continuellement et devenait de plus en plus maussade. L'alimentation est devenue difficile et peu à peu l'enfant a cessé de marcher. Les parents ont noté des sueurs abondantes. Puis est apparue une insomnie rebelle. La malade s'est amaigrie progressivement.

L'examen montre des viscères normaux. On remarque sur tout le corps des sudamina. L'enfant ressent de vives démangeaisons et se gratte continuellement. Il existe de gros ganglions inguinaux et axillaires. La paume des mains et la plante des pieds sont rouges et présentent des excoriations dues au grattage. Le pouls est extrêmement rapide à 180.

Devant la gravité de la maladie et le mauvais état général de l'enfant, on prend la décision de la faire entrer à l'Hôtel-Dieu pour la soumettre à un traitement par les rayons ultra-violets. Mais dans la nuit même qui suit son entrée la température s'élève brusquement à 41°5 et elle succombe, avant que nous ayons pu la revoir.

OBSERVATION N° III

Acrodynie banale.

André E..., 2 ans $\frac{1}{2}$, de Bonnemain, examiné le 2 juin 1934. Aucun antécédent sauf une adénite cervicale droite. Début il y a deux mois par : troubles du caractère, difficulté croissante de la marche, perte de l'appétit, sueurs profuses. L'enfant se plaint de ses pieds et refuse de quitter le lit. Pas de démangeaisons. Pouls à 140.

Traitement : rayons ultra-violets, Urotropine, Gardénal.

Le 23 juin : amélioration. Marche possible, caractère plus facile. Se plaint encore des mains et des pieds.

On conseille : Gardénal, Opocalcium irradié.

Enfant perdu de vue depuis.

OBSERVATION N° IV

Acrodynie banale.

Francis G..., 3 ans, de La Bâzouges-du-Désert, près de Fougères, examinée le 13 avril 1931. Début il y a deux mois. La personne qui s'en occupe a été frappée d'abord par la diminution des urines. L'enfant a été soigné par divers médecins pour dysurie, mis au lait, et aux tisanes. Actuellement : amaigrissement, marche impossible. Les extrémités sont rouges avec desquamation. Sueurs. Pouls à 160. Insomnie. Caractère irritable.

Traitement : rayons ultra-violets.

Le 13 mai : température pendant huit jours et interruption du traitement. Reprise quelques jours après. L'enfant marche et joue, dort très bien, a bon appétit.

Revu guéri le 13 juin 1931.

OBSERVATION N° V

Acrodynie avec ébranlement des dents.

Jeannine B..., 21 mois, examinée le 7 juillet 1932. Début après une rougeole avec bronchite et otite. Enfant maussade, pleure sans cesse, s'accroupit, la tête reposant sur les pieds, et s'arrache les cheveux. Perte de l'appétit, sueurs profuses. L'enfant se frotte les mains l'une contre l'autre. Tachycardie à 140. Insomnie complète la nuit.

Les incisives remuent dans leurs alvéoles, de même les canines et les molaires. Entre à l'Hôtel-Dieu le 9 juillet. Traitement : 20 séances de rayons ultra-violets. Sort améliorée le 30 juillet. Dents encore un peu mobiles.

Revient en septembre pour une nouvelle série de séances de rayons ultra-violets. Etat général bien meilleur. Incisives consolidées. La prémolaire inférieure gauche est encore mobile.

Un peu plus tard, phlyctène sur la conjonctive droite. Sort guérie en octobre.

OBSERVATION N° VI

Acrodynie avec diarrhée et chute des dents et des cheveux

Clémentine B..., 4 ans, née le 20 août 1927, n'a jamais été malade jusqu'au 23 juin 1931. A cette date l'enfant aurait perdu connaissance pendant une heure. Le médecin pense à des vers. Effectivement les troubles cessent après l'expulsion de nombreux vers. Le 14 août, gros malaise avec coliques. La diarrhée est apparue à ce moment et n'a pas cessé jusqu'au moment où l'enfant est vue par M. le docteur Chevrel, le 22 octobre, deux mois après.

A ce moment on trouve tous les signes de l'acrodynie : rougeur et gonflement des extrémités, avec démangeaisons et sueurs profuses. Insomnie, tachycardie à 180. Parésie et hypotonie des membres inférieurs rendant la marche impossible. Le ventre est énorme. Le foie est très augmenté de volume. Il mesure 23 cm³ de haut.

Traitement : 18 séances de rayons ultra-violets.

Le 1^{er} décembre : état général amélioré. L'enfant a perdu deux incisives et presque tous ses cheveux. Elle peut maintenant marcher, elle dort bien la nuit, mais son pouls reste à 140.

Le 1^{er} février : l'enfant est guérie. Le foie est encore gros mais a sensiblement diminué. La diarrhée a cessé. Toutes les fonctions sont normales.

OBSERVATION N° VII

Acrodynie banale.

Hélène B..., 2 ans, de Pleine-Fougères, est entrée à la clinique Saint-Vincent à Rennes le 10 avril 1931. Aucun antécédent. Début de la maladie il y a trois mois par de la diarrhée pendant un mois. Puis faiblesse croissante, perte du sommeil et de l'appétit, sueurs profuses, prurit

des pieds et des mains. Humeur très maussade. Amaigrissement très marqué. Impossibilité de la marche. Pas de fièvre. Tachycardie à 180 par minute.

Traitement : rayons ultra-violet (20 séances).

Sortie de la clinique améliorée le 2 mai : reprise du sommeil et des forces. L'enfant s'intéresse davantage aux choses extérieures. Tous les autres signes sont sans changement. A partir de cette date le traitement comporte des paquets de thyroïdine et protoxalate de fer, Ultraviamine.

Revue guérie le 15 juin 1931.

OBSERVATION N° VIII

Acrodynie banale.

Guillemette G..., 3 ans $\frac{1}{2}$, de Saint-Jean-sur-Couesnon, près de Vitré, est examinée le 6 juin 1933. Aucun antécédent pathologique, à part une légère nervosité. Depuis un mois : changement de caractère, difficultés de la marche, affaiblissement général, sueurs, insomnie, inappétence. Tachycardie à 180 par minute.

Traitement par rayons ultra-violet : guérison.

OBSERVATION N° IX

Acrodynie banale.

Marie-Josèphe Al..., 2 ans, de Lécousse, près de Fougères, sans antécédents pathologiques, est soignée depuis deux mois pour impotence progressive des membres inférieurs. En même temps sont apparus des troubles importants du caractère. Le sommeil est médiocre entrecoupé de crises d'excitation. Démangeaisons aux extrémités, sueurs légères, inappétence progressive avec constipation.

Cette enfant examinée par M. le docteur Chevrel le 16 octobre 1934 est amaigrie, hargneuse. Elle présente

une hypotonie musculaire assez marquée. Son pouls est rapide à 160 par minute. Les extrémités sont chaudes et un peu rouges, sans lésions. En présence de ces signes le diagnostic d'acrodynie est porté et le docteur Robert, de Fougères, applique un traitement constitué par des séances de rayons ultra-violets. L'enfant prend des paquets d'Urotropine. Pour la nuit on lui donne 1 cg. $\frac{1}{2}$ de Gardénal.

Guérison, sans qu'on puisse en préciser la date car l'enfant n'a pas été revue depuis.

OBSERVATION N° X

Acrodynie banale.

Thérèse Qu..., 2 ans, consulte à la fin de juin 1932. Malade depuis le mois de février *après une coqueluche* : agitation, troubles du caractère, perte du sommeil, impossibilité absolue de la marche. Pas de démangeaisons. Tachycardie. Perte totale de l'appétit et amaigrissement.

Traitement : 20 séances de rayons ultra-violets.

Revue guérie le 3 décembre 1932.

OBSERVATION N° XI

Acrodynie banale.

Odette F..., 2 ans, de Laillé, examinée le 13 décembre 1930. Enfant bien portante jusqu'à il y a six semaines. A la suite d'un impétigo léger, l'enfant est devenue maussade, irritable, perdant ses forces, maigrissant de jours en jours. Elle reste assise toute la journée, ne joue pas, refuse de voir les autres enfants, dort peu la nuit. Pas de sueurs, pas de démangeaisons. Pouls rapide à 176. Enfant très maigre. Rien à l'examen des différents appareils. Réflexes normaux. Hyperesthésie généralisée. Pas de fièvre.

Traitement : solution d'arséniate de soude et Vigan-tol. Le 10 janvier : état identique au point de vue psychique. Par ailleurs amaigrissement plus marqué. Hypotonie musculaire. Tachycardie à 180. Température normale.

Enfant perdue de vue.

OBSERVATION N° XII

Acrodynie banale.

Jeannine Le P..., 21 mois, de Vieux-Vy-sur-Couësnon, examinée le 21 septembre 1933. Enfant bien portante jusqu'à il y a six semaines. A ce moment : perte de l'appétit, troubles du caractère, impossibilité progressive de la marche. Troubles du sommeil, amaigrissement de 2 kg. Faciès grimaçant, très amaigri, cris, hostilité de l'attitude, hypotonie marquée, rougeur et gonflement des mains et des pieds sans démangeaisons, sudation abondante, pouls à 160, pas de troubles trophiques.

Traitement : rayons ultra-violets. Guérison.

OBSERVATION N° XIII

Acrodynie banale.

Eliane P..., 3 ans $\frac{1}{2}$, de Trans, examinée le 22 septembre 1932. Enfant bien portante jusqu'en février. A ce moment, *rougeole normale*. Depuis trois semaines et progressivement : mauvaise humeur, asthénie, sommeil court, amaigrissement, inaptitude à la marche. Pas de sueurs. Démangeaisons surtout plantaires. Pouls à 160. Pas de température.

A l'examen : amaigrissement très marqué. Hypotonie musculaire. Paume des mains rouges sans lésions.

Traitement : rayons ultra-violets chez le docteur Coupel, d'Antrain. A guéri vers le début du mois de mars.

OBSERVATION N° XIV

Acrodynie mortelle.

Marie-Madeleine Le B..., 2 ans $\frac{1}{2}$, de Saint-Servan, a présenté en février une sorte d'éruption sur le visage et les membres. Ensuite, mauvaise humeur progressive, amaigrissement, sueurs, éruptions sudorales, œdème dur des mains avec rougeur et ragades, ulcérations à bords épais qui persistent à l'heure actuelle. Tachycardie, pouls à 168. Quelques ulcérations dans la bouche.

Traitement : rayons ultra-violets.

Morte vers la fin d'août.

OBSERVATION N° XV

Acrodynie banale.

François Le F..., 29 mois, de Rannée, examiné le 16 avril 1934. A la fin de janvier, troubles du caractère. Puis perte progressive des forces, marche difficile puis impossible. Sueurs profuses, démangeaisons, insomnie, appétit diminué. Quelquefois un peu de diarrhée.

Lésions de pyodermite sur les jambes, ulcérations sur la langue. Pouls à 180. Hypotonie musculaire.

L'enfant a déjà reçu 7 applications de rayons ultra-violets. On continue les rayons et on donne pour la nuit une potion au bromure et du Gardénal.

Guérison le 1^{er} juillet 1934.

OBSERVATION N° XVI

Acrodynie banale avec chute des cheveux.

Louis Ler..., 2 ans, de Saint-Brieuc-des-Iffs, a été examiné le 12 octobre 1933. Début il y a trois mois par : affaiblissement général, troubles du caractère, insomnie, suppression progressive de la marche. Amaigrissement énorme, éruptions sudorales, chute des cheveux.

Depuis un mois : amélioration. L'enfant a repris à marcher. Il est encore très maigre, hypotonique. Il ne prend que du lait et dort très mal. Pouls à 150. Gonflement et rougeur des mains.

Traitement : paquets de glycérophosphate de chaux et protoxalate de fer, Ultavitamine, 15 séances de rayons ultra-violets. Guérison en décembre 1933.

OBSERVATION N° XVII

Acrodynie banale.

Louissette J..., 3 ans, du Pain, en Vitré, examinée le 10 septembre 1932. Enfant très bien portante, jamais malade jusqu'à il y a trois semaines. Vers le 15 août, faiblesse des jambes, inappétence (ne prend que du lait), insomnie, démangeaisons, sueurs, tachycardie légère. Hargne perpétuelle. Quelques lésions de grattage sur le corps, rien sur les extrémités.

Traitement : rayons ultra-violets.

Pas de renseignements sur l'évolution.

OBSERVATION N° XVIII

Acrodynie banale.

Odette M..., 2 ans, d'Augan, examinée le 12 juin 1934. Une bronchite en janvier, à la suite de laquelle l'enfant est restée fatiguée. La maladie actuelle a débuté vers le mois d'avril par faiblesse des jambes, puis perte du sommeil et de l'appétit, changement du caractère qui devient grognon. Actuellement : hypotonie, sueurs profuses, sudamina, démangeaisons. Gonflement des mains avec desquamation. Entre à l'Hôtel-Dieu. Amélioration très rapide. Le 10 juillet sortie de l'hôpital : lésions de grattage disparues, extrémités normales, bon appétit, bon sommeil, encore un peu de faiblesse des jambes.

Enfant perdue de vue.

OBSERVATION N° XIX

Acrodynie banale.

Louis G..., 27 mois, examiné le 5 juillet 1933. N'a jamais été malade jusqu'à il y a six semaines. A ce moment : *otite double avec écoulement* qui a cessé il y a quinze jours.

Depuis six semaines, le caractère s'est assombri. L'enfant ne joue plus, se tient à genoux, les jambes écartées, la tête sur le sol et reste ainsi pendant une demi-heure. Il ne marche pas. Desquamation des pieds et des mains depuis trois semaines, sans rougeur ni gonflement. Sueurs profuses sur tout le corps, démangeaisons. Inappétence, insomnie, tachycardie à 180. Hypotonie musculaire.

Le 22 juillet 1933, le malade après 14 séances de rayons ultra-violets, s'en va bien amélioré. Le sommeil est revenu, l'appétit aussi. Les sueurs ont diminué. L'enfant est moins hargneux. Il marche volontiers. Mais il persiste des crises douloureuses au cours desquelles l'enfant se met à genoux, la tête par terre et la tachycardie est la même.

Sans nouvelles depuis.

OBSERVATION N° XX

Acrodynie banale.

Reine M..., 3 ans, de Messac, examinée le 25 octobre 1934. Malade depuis quatre mois. Aurait eu au début de la bronchite. Puis : difficultés de la marche qui devient impossible, amaigrissement, insomnie, sueurs, éruption généralisée avec besoin de grattage, inappétence totale, mauvaise humeur, vomissements. Presque tous les jours la température s'élève à 38°. Le pouls est à 164. Hypotonie très marquée.

Traitement : rayons ultra-violets, Urotropine, Gardénal.

Le 21 novembre, après 18 séances de rayons l'enfant revient très améliorée. Elle dort bien, mange avec appétit, a repris sa gaieté, n'éprouve plus de démangeaisons. Le pouls reste à 160.

L'enfant a été perdue de vue.

OBSERVATION N° XXI

Acrodynie banale.

Marie-Thérèse R..., 3 ans $\frac{1}{2}$, de Bâzouges-la-Pérouse, examinée le 15 juin 1929. Début il y a trois semaines par fatigue dans les jambes, douleurs vagues dans le ventre, sommeil agité avec réveils fréquents.

Puis ces troubles se sont accentués. L'enfant ne peut faire que quelques pas, s'alimente peu, sue beaucoup, dort mal, se gratte la paume des mains. Le caractère est devenu hargneux. Examen somatique normal sauf un amaigrissement léger.

Rayons ultra-violets appliqués à la clinique Saint-Vincent à Rennes : guérison en juillet après 18 séances.

OBSERVATION N° XXII

Acrodynie banale.

Pierre N..., 15 mois, de Hédé, examiné le 12 mai 1933. Malade depuis deux mois. Début par troubles du caractère et insomnie. Puis difficultés de la marche, inappétence, perte des forces, amaigrissement. A l'examen : hypotonie musculaire énorme, tachycardie à 150. Mains rouges et boudinées.

Traitement : rayons ultra-violets, Uroformine.

27 mai : reprise de l'état général.

9 juin : amélioration progressive. L'enfant se tient debout. Pouls encore à 160.

Enfant revu complètement guéri en septembre. Il marche depuis six semaines.

OBSERVATION N° XXIII

Acrodynie avec chute des dents.

Andrée P..., 20 mois, examinée le 9 mai 1934. Après un léger rhume de cerveau, l'enfant a présenté des troubles du caractère et de l'inaptitude progressive à la marche. Les pieds et les mains sont rouges et tuméfiés, desquamants, extrêmement prurigineux. Sueurs profuses, insomnie avec cris, pouls à 142, constipation légère. Toutes les incisives sont branlantes et les gencives sont tuméfiées.

Traitement : rayons ultra-violets et potion calmante pour la nuit. Au cours du traitement, les incisives tombent. Ensuite, amélioration progressive jusqu'au 8 juin. Depuis l'enfant a été perdue de vue.

OBSERVATION N° XXIV

Acrodynie banale.

Rémy P., 4 ans, de Guichen, examiné le 12 septembre 1933. Enfant bien portant jusqu'à présent. Malade depuis trois semaines. Début par troubles du caractère, inaptitude progressive à la marche. L'enfant se tient accroupi. Il ne veut pas qu'on lui parle, ni même qu'on le regarde. Amaigrissement ; hypotonie musculaire, sueurs profuses. Pas de tachycardie très accentuée; pouls à 100. Démangeaisons du cuir chevelu. Pas de signes palmo-plantaires.

Traitement conseillé : ultra-vitamine et rayons ultra-violets. Pas de nouvelles de l'enfant depuis.

OBSERVATION N° XXV

Acrodynie banale mortelle.

Colette P..., 21 mois, de Argenteuil, examinée le 1^{er} mai 1931. Prise le 15 mars d'une fièvre intense qui a duré pendant cinq jours. Puis : amaigrissement, nervosité extrême, inappétence, insomnie, pouls à 160, température entre 38 et 39°. Pas de sueurs ni de démangeaisons.

On conseille les rayons ultra-violets. L'enfant est adressée au docteur Baron-Renaud, de La Guerche. Huit jours après les parents consultent une sorcière qui donne une remède secret, une infusion de plantes. Mort.

OBSERVATION N° XXVI

Acrodynie banale.

Marie-Paule R..., 3 ans, de Saint-Cast, envoyée par le docteur Ménard, de Matignon, examinée le 22 mai 1933. Début il y a trois mois par de la fatigue dans les membres inférieurs, inaptitude progressive à la marche, troubles du sommeil et du caractère. L'enfant est amaigrie, très maussade, hypotonique. Pouls à 140. Réflexes rotuliens abolis. Les mains et les oreilles sont chaudes et très rouges. Pas de sueurs et de démangeaisons.

Traitement : rayons ultra-violets, Urotropine.

Enfant revue complètement guérie en septembre.

OBSERVATION N° XXVII

Acrodynie banale.

Marie S..., 2 ans $\frac{1}{2}$, de Combours, examinée le 8 septembre 1934. Prise dans les premiers jours de juin. Début par faiblesse des jambes, inaptitude progressive à la marche, sueurs, inappétence, démangeaisons des mains

et des pieds, insomnie. Puis amaigrissement et troubles du caractère qui devient hargneux, hypotonie musculaire marquée, pouls à 175. Les mains desquament en lambeaux. Les pieds sont tuméfiés et rouges.

Traitement : rayons ultra-violets, puis bains de soleil. Amélioration légère, mais dès qu'on arrête le traitement, les troubles de l'appétit et du sommeil reparaissent. On recommence une série de rayons ultra-violets. En octobre 1934, amélioration considérable : l'enfant marche, le sommeil est normal, l'appétit est encore médiocre. L'enfant a repris un kilog. depuis le début du traitement.

OBSERVATION N° XXVIII

Acrodynie banale.

Louis Th..., 5 ans de Pontorson, envoyé par le docteur Jouvin, examiné le 26 mai 1934. Pris il y a huit jours après une toux coqueluchoïde qui a duré une semaine. Début par douleurs dans les jambes, perte des forces, inaptitude à la marche, troubles du caractère, perte de l'appétit et du sommeil. Sensation de chaleur aux extrémités, sueurs, pas de démangeaisons, pouls à 168.

Traitement : rayons ultra-violets, Uroformine et Gardénal. Guérison à une date indéterminée.

OBSERVATION N° XXIX

Acrodynie fruste chez un nourrisson de 10 mois.

Lucien H..., 10 mois, de Brie, examiné le 23 septembre 1928. Enfant né à terme sans difficultés, de parents sains. Trois autres enfants bien portants. Ce nourrisson élevé au biberon a été bien portant jusqu'à trois mois. A ce moment : impétigo de la face. Puis, diminution de l'appétit, insomnie totale et poids stationnaire.

A l'examen : enfant long mais maigre, à chair flasque et pâle. Il ne peut s'asseoir ni soulever sa tête. Rien à l'examen somatique. L'insomnie a presque disparu. L'enfant est toujours de mauvaise humeur, il sue abondamment. Pas de rougeur des extrémités. Il boit peu. De temps en temps il présente une diarrhée fétide.

Traitement : bains salés chauds, paquets de peroxyde de fer, Vigantol. Le 23 octobre, enfant très amélioré. Revu guéri le 1^{er} décembre.

OBSERVATION N° XXX

Acrodynie banale.

François P..., 2 ans ½. Très bel enfant jusqu'en juin dernier. A eu à ce moment un contact avec un mal de Pott fistulisé. Quelques jours après s'est plaint de fatigue, maigrit de plus en plus, présente des sueurs abondantes, de l'insomnie, de l'inappétence, des alternatives de gaieté et d'abattement. Pas de troubles trophiques, mains un peu grosses, quelques lésions de grattage sur le corps.

Traitement : rayons ultra-violets, Opocalcium, Prosthénase.

Le 4 octobre : enfant amélioré. Réaction à la tuberculine négative. A pris 500 grammes. Poids encore à 180. Nouvelle série de rayons ultra-violet en novembre. Guérison en janvier.

OBSERVATION N° XXXI

Acrodynie banale.

Robert F..., 20 mois, de Saint-Armel, examiné le 28 janvier 1930. Début il y a trois mois par diarrhée, changement de caractère, tristesse, insomnie, amaigrissement, perte de l'appétit. Ne marche pas. Extrémités rouges et tuméfiées. Traitement : Vigantol, paquets de

proroxalate de fer. Amélioration notable, mais l'état psychique persiste, les mains restent rouges et tuméfiées. Entre à l'hôpital en avril pour subir une série de rayons ultra-violets.

Guérison survenue seulement en juillet, près de onze mois après le début de la maladie.

OBSERVATION N° XXXII

Acrodynie avec chute des dents.

François B..., 2 ans $\frac{1}{2}$, de Saint-Ouen-la-Rouërie, entre le 15 mai 1930 à l'Hôtel-Dieu. Au début de mars, l'enfant jusque là gai et très éveillé a changé de caractère. Il ne veut plus jouer, reste seul dans un coin, refuse de marcher, demande à rester au lit. Bientôt, il devient même incapable de se tenir debout. Vers le 15 mars : éruption de petites papules rouges non prurigineuses sur les doigts. Puis les doigts deviennent énormes, rouges violacés et sont le siège d'un prurit intense. Mêmes phénomènes au niveau des orteils. Quelques jours après la peau des mains et des pieds desquame en lambeaux.

Vers le 1^{er} mai, les incisives supérieures s'ébranlent puis tombent. Elles sont suivies bientôt d'une incisive inférieure, des canines et, le 16 mai, d'une prémolaire supérieure. A la place des dents on voit une cavité bien limitée par les deux bords de la gencive. Dans le fond de cette cavité on aperçoit le maxillaire. Cette chute des dents a été indolore et s'est accompagnée d'une très légère hémorragie.

Traitement : Rhodarsan, qui améliore rapidement l'état des gencives et 15 séances de rayons ultra-violets. Amélioration dès la cinquième séance. Peu à peu, le prurit disparaît, le caractère redevient plus gai. L'enfant se tient debout et marche facilement. Il sort à peu près complètement guéri le 31 mai 1930.

OBSERVATIONS N^{os} XXXIII ET XXXIV

Acrodynie typique chez deux sœurs.

PREMIÈRE OBSERVATION

Angèle G..., 7 ans, de Mécé, examinée le 14 février 1934. Enfant bien portante jusqu'il y a 15 jours. La maladie a débuté par la perte de sa gaieté. Puis : difficulté de la marche, douleurs abdominales, perte du sommeil et de l'appétit, sueurs profuses. L'enfant ne veut plus quitter son lit. A l'examen : amaigrissement, sudamina, mains un peu gonflées et rouges, dyshydrosiques. Tachycardie à 160. Rien aux poumons, abdomen normal, pas de température.

Entre à l'Hôtel-Dieu pour y subir un traitement par les rayons ultra-violets. Le 14 mars : même état avec en plus lésions de grattage et panaris consécutif. L'enfant est revue guérie le 1^{er} juin.

DEUXIÈME OBSERVATION

Marie-Josèphe G..., 6 ans, de Mécé, *sœur de la précédente*, examinée le 24 février 1934. Bien portante jusqu'au 14 février, date d'entrée de sa sœur à l'Hôtel-Dieu. Depuis lors elle pleure constamment, se plaint de douleurs dans les jambes, refuse de marcher. Elle mange peu et dort à peine. Pas de sueurs, pas de démangeaisons. Rougeur marquée des mains. Tachycardie à 180. Température normale.

Traitement : ne peut entrer à l'Hôtel-Dieu à cause des frais déjà supportés par les parents pour sa sœur. Traitement médicamenteux : paquets de glycérophosphate de chaux et protoxalate de fer.

Le 7 mars : aucune amélioration. Les mains et les pieds sont gonflés et causent de vives démangeaisons. L'enfant entre à l'Hôtel-Dieu où elle subit 20 séances de rayons ultra-violets. Enfant revue guérie le 1^{er} juin.

OBSERVATION N° XXXV

Acrodynie banale.

Pierre G..., 4 ans $\frac{1}{2}$, de Saint-Malo-de-Phily, examiné le 2 mai 1935. Pris il y a trois semaines par des douleurs dans les genoux et les mains. Inappétence progressive. Sueurs avec démangeaisons. Tachycardie à 160. Hypotonie musculaire marquée. Station debout et marche difficiles. Etat subfébrile. Photophobie. Diarrhée. *Aurait eu un épisode semblable il y a trois mois*, qui avait complètement guéri.

Enfant encore en traitement à l'heure actuelle.

OBSERVATION N° XXXVI

Acrodynie à rechute après grippe.

Pierre L..., 2 ans $\frac{1}{2}$, de Saint-James, examiné le 18 juillet 1933. Pris vers le 20 mars en pleine santé par : fièvre, douleurs d'oreilles, diarrhée. Broncho-pneumonie et pleurésie purulente. Puis depuis un mois, signes d'acrodynie, mains bouffies avec desquamation, sueurs profuses, prurit, insomnie, inappétence, tachycardie à 150, perte des forces, marche à peu près impossible. Caractère hargneux, pas d'amaigrissement. L'enfant prend jusqu'à 3 ou 4 litres de lait par jour mais ne mange pas ou peu.

Rayons ultra-violets chez le docteur Robert (18 séances). Quinze jours après la fin des rayons, amélioration et guérison progressive. Etat excellent par la suite.

Le 10 avril 1934 : l'enfant et les parents prennent la grippe vers le 1^{er} mars. Les parents guérissent, l'enfant aussi mais quinze jours après le début, tous les symptômes d'acrodynie reparaissent, commençant par faiblesse des jambes, douleurs, l'enfant ne peut marcher.

Sueurs profuses, démangeaisons. Mains et pieds

rouges et tuméfiés, très prurigineux. Pouls à 180. Insomnie presque complète.

L'enfant a guéri après une nouvelle série de rayons ultra-violets.

OBSERVATION N° XXXVII

Acrodynie banale.

Paulette P..., 4 ans, de Ruffiac (Morbihan), sans antécédents, prise en avril 1926 pour la première fois ; enfant devenue maussade, hargneuse, ne voulant voir personne ; amaigrissement, insomnie, démangeaisons et sueurs abondantes au niveau des mains et des pieds qui présentent des lésions ulcéreuses. En juin de la même année : acmé de la maladie. Sept séances de rayons ultra-violets. Guérison.

Reprise le 20 octobre 1927, un an et demi après la première atteinte ; maussaderie, fatigue, inappétence, extrémités rouges et tuméfiées mais sans lésions de grattage. Traitement : rayons ultra-violets, opothérapie mixte, paquets de fer, chaux et magnésie. Enfant revue guérie en octobre 1928.

OBSERVATION N° XXXVIII

Acrodynie récidivante.

Pierre Th..., 4 ans, demeurant à Rennes, examiné le 8 mai 1932, a été pris il y a environ deux mois après une pneumonie classique, de troubles de la marche avec difficultés de plus en plus grandes à la station debout. En même temps sont apparus des troubles du caractère. L'enfant cesse de jouer, refuse de voir ses camarades, il se tient accroupi, la tête sur les genoux pendant des heures. Puis sont apparues des sueurs profuses, de l'insomnie, de l'inappétence avec état saburral des voies

digestives. Tachycardie à 130 pulsations. Rien aux extrémités.

On porte le diagnostic d'acrodynie et on institue un traitement de 20 séances de rayons ultra-violets. Quinze jours après la fin du traitement, amélioration se traduisant par le retour du sommeil, la possibilité de la marche, une diminution de la nervosité. Puis l'enfant se remet à manger et reprend au bout de deux mois une existence normale.

Le 15 février 1933, un an après le début de la maladie, celle-ci se manifeste à nouveau sans causes apparentes avec les mêmes symptômes. Une deuxième série de rayons ultra-violets produit une amélioration rapide. Le 1^{er} mai 1933, l'enfant est définitivement guéri.

OBSERVATION N° XXXIX

Acrodynie banale.

Victor L..., 19 mois, de Bain-de-Bretagne, examiné le 18 mai 1935. Malade depuis un mois environ. Début par troubles du caractère, puis de la marche, devenue peu à peu impossible. Inappétence progressive, insomnie, sueurs. Gonflement et rougeur des mains avec vives démangeaisons. Démangeaisons des pieds sans gonflement. Amaigrissement énorme.

A l'examen : enfant maigre, mou, hypotonie musculaire généralisée. Mains gonflées, rouges avec desquamation. Sudamina. Pouls à 180.

Actuellement en cours de traitement par les rayons ultra-violets et le Gardénal.

OBSERVATION N° XL

Acrodynie banale.

Jules R..., 2 ans, de La Fontenelle, examinée le 20 mai 1935. Très bel enfant. A été pris il y a deux mois envi-

ron à la suite d'une diarrhée qui a duré trois semaines. Début par difficultés de la marche, mauvaise humeur, sueurs froides. Puis perte progressive de l'appétit et du sommeil. Gonflement et rougeur des mains et des pieds. L'enfant a des démangeaisons, mord ses mains.

A l'examen : fort amaigrissement, hypotonie musculaire généralisée. Réflexes tendineux un peu vifs. Sudamina. Pouls à 180. Extrémités rouges, gonflées et chaudes.

Actuellement en cours de traitement par les rayons ultra-violets.

CHAPITRE IV

REMARQUES CLINIQUES

LE MODE DE DÉBUT

Le début de la maladie est toujours insidieux, progressif et trompeur. C'est la période des erreurs de diagnostic, dues au fait qu'on n'observe en général à cette période qu'un ou deux des symptômes principaux qui, pris isolément, ne permettent guère de penser à une acrodynie. Il en résulte une perte de temps dans l'application du traitement qui peut être très préjudiciable au petit malade. Il n'est donc pas inutile de rechercher avec soin, parmi les cas que nous rapportons, quels furent les premiers signes observés.

Très souvent ce sont les *troubles de la marche* qui ont les premiers attiré l'attention des parents. Ce fait est particulièrement net dans les observations n° 9, 17, 18, 20, 21, 26 et 27. L'enfant, jusque-là bien portant, se plaint d'avoir mal aux pieds, refuse de marcher, demande constamment qu'on le porte, ou supplie qu'on le laisse au lit.

Souvent aussi les troubles psychiques sont les premiers en date. Le changement de caractère est fréquemment signalé par les parents. L'enfant, jusque-là gai, rieur, d'humeur facile, devient de plus en plus maussade, triste, souvent hargneux, hostile. même, vis-à-vis des personnes de son entourage. Il reste immobile pendant des heures dans un coin et refuse de jouer comme à l'ordinaire. Souvent même ces troubles sont plus marqués et on voit l'enfant devenir complètement indifférent au monde extérieur. D'autres malades, assis dans leur lit, répètent pendant des journées entières la même phrase ou le même lambeau de phrase sur un ton de lamentation. Ces troubles psychiques, quand ils existent dès le début, rendent le diagnostic plus facile, car ils sont bien particuliers, et il suffit de les avoir constatés une fois pour les reconnaître par la suite. Ils nous sont apparus comme des signes presque constants du début de l'acrodynie. On les retrouve dans presque toutes les observations que nous rapportons, associés ou non aux troubles de la marche. Il est très curieux de noter qu'ils ont même été signalés par les parents du petit malade de l'observation n° 29, âgé de 10 mois seulement; ils avaient remarqué que, depuis quelque temps, leur enfant était « toujours de mauvaise humeur ».

Il n'est pas rare d'observer en même temps que ces signes, de l'insomnie, et les différents auteurs qui ont étudié l'acrodynie ont insisté sur la valeur dia-

gnostique de ce symptôme, par ailleurs extrêmement rare chez les tout jeunes enfants.

La plupart des enfants examinés étaient déjà à un stade avancé de leur maladie. Il est donc difficile de préciser si la tachycardie, signe objectif donc très précieux, est apparue précocement. Cependant, dans les quelques cas qui ont été vus à un stade relativement précoce (Observations N^{os} 8, 17, 24, 28, 33) la tachycardie a été trouvée, dès le premier examen, plus ou moins marquée. Dans l'observation n^o 28, qui se rapporte à un malade de 5 ans, le pouls était à 158 lors du premier examen pratiqué, semble-t-il, tout à fait au début de la maladie.

Enfin, il convient de signaler quelques modes de début plus rarement observés et qui, de ce fait, présentent un intérêt particulier :

La diarrhée est signalée tout au début de l'évolution de la maladie dans plusieurs cas (observations N^{os} 6, 7, 31). Dans un cas (observation N^o 25) le début a été marqué par une hyperthermie qui a duré une semaine. Enfin, dans un autre cas (observation N^o 4), le premier signe qui a attiré l'attention est une oligurie qui aurait duré deux mois et pour laquelle l'enfant avait été mis au lait et aux tisanes.

Il est d'ailleurs vraisemblable que cette oligurie est corrélative à la sudation excessive présentée par l'enfant.

Ces modes de début sont exceptionnels et il nous paraît même difficile d'affirmer qu'ils font véritablement partie du syndrome acrodynique. Ils peuvent

fort bien être le fait d'infections surajoutées et n'ayant pas de rapport avec la maladie, si ce n'est peut-être à titre de causes occasionnelles.

LA SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des différents cas d'acrodynie que nous avons étudiés n'appelle aucune remarque particulière. Elle est conforme à celle que de nombreux travaux ont déjà minutieusement décrite, et il ne nous paraît pas utile d'y insister. Disons seulement que les symptômes qui nous paraissent les plus constants sont (outre les troubles psychiques, l'insomnie, l'hypotonie musculaire, la tachycardie, déjà signalés à propos du début de la maladie) : la perte de l'appétit, les sueurs locales au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds, les démangeaisons, la rougeur et le gonflement des extrémités. Signalons les mutilations digitales qui font défaut dans nos observations, mais qui ont été notées par Parkes Weber, Debré et M^{me} Petot, Chabrun et R. Hollier. Les troubles digestifs sont moins constants et consistent surtout en diarrhée, parfois en constipation en rapport avec l'anorexie.

La chute des dents, moins fréquemment constatée (Debré et Serval de Cosmi, Debri et M^{me} Petot, Malaplatte, Nobécourt et Kaplan, Beutter, Rocaz, Pelizza, Duboué) mérite d'être signalée. On la retrouve dans quatre cas (observations N^{os} 5, 6, 23, 32). Cette chute des dents fut dans tous les cas indolore et ne s'accom-

pagna pas d'hémorragie notable. Les lésions concomitantes des gencives se réduisaient à une simple tuméfaction sans lésions ulcéreuses ni nécrose. Le maxillaire et les dents étaient sains. Dans un de ces cas (observation N° 6) la chute des dents s'accompagna de chute des cheveux. La chute des cheveux s'observa seule dans un autre cas (Observation N° 16).

Parmi les autres symptômes rarement rencontrés, signalons des démangeaisons du cuir chevelu (Observation N° 24), l'hématomégalie (Observation N° 6), des adénopathies axillaires et inguinales (Observations N°s 1 et 2). La fièvre a été rarement constatée. Elle ne se manifesta dans un cas (Observation N° 2) que le jour même de la mort, dans un autre cas, au début de la maladie (Observation N° 4). D'une façon générale tous nos malades étaient apyrétiques.

LES FORMES CLINIQUES

De nombreuses formes cliniques ont été signalées et décrites depuis que l'acrodynie a fait son apparition. Les unes sont caractérisées par une dissociation du syndrome : on ne trouve plus que les signes nerveux isolés, ou que les signes acro-pathologiques. D'autres, par l'exagération d'un symptôme ordinairement discret : on a décrit des formes ganglionnaires, des formes oculaires, des formes gangreneuses avec nécrose du maxillaire ou des phalanges.

Nous devons reconnaître que la longue liste d'observations que nous publions apparaît au contraire

très peu variée. Elle rappelle tout au long les mêmes symptômes pour chaque cas avec une monotonie presque absolue. La seule forme un peu particulière qui soit à signaler est *une forme fruste* observée chez un nourrisson de 10 mois (Observation N° 29). Elle était caractérisée par un très petit nombre de symptômes : perte de l'appétit, insomnie, hypotonie musculaire, sueurs abondantes sans aucun syndrome acro-pathologique. Nous croyons pourtant pouvoir le classer parmi les acrodynies, car il est difficile de faire entrer ce tableau clinique dans le cadre d'une autre maladie. L'évolution fut d'ailleurs très favorable et l'enfant guérit parfaitement dans un temps relativement court.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution de l'acrodynie est considérée comme favorable dans la majorité des cas. On la considère comme une affection qui a une tendance naturelle vers la guérison. Malheureusement, l'évolution est longue. On a signalé des cas où la guérison n'était survenue qu'au bout de 18 mois. Presque tous les cas que nous étudions ont duré de 3 mois à 14 ou 15 mois. *La guérison sans séquelles fut observée dans 24 cas. 10 cas furent perdus de vue* ou sont encore en traitement à l'heure actuelle.

4 cas se sont terminés par la mort : 2 par cachexie, 1 en hyperthermie brutale (Observation N° 2), 1 cas dans des circonstances non précisées.

La mort fut donc observée dans environ *un dixième des cas*. Ce chiffre est en accord avec ceux que la plupart des auteurs ont trouvé et en particulier avec celui que donne Servel de Cosmi dans sa thèse.

LES RÉCIDIVES

Non seulement l'acrodynie est une maladie à évolution traînante mais elle peut aussi évoluer par poussées successives et donner lieu à de véritables rechutes et même à des récidives. Les faits d'acrodynie récidivante sont assez rares et nous n'en avons guère rencontré que deux dans la littérature que nous avons consultée au cours de ce travail. Le premier concerne un enfant de 13 ans atteint d'acrodynie et qui avait déjà présenté un syndrome analogue à l'âge de 7 ans. Il a été communiqué à la Société de Pédiatrie par M. le Professeur Weill-Hallé et M. Klotz. Le second a été rapporté également à la Société de Pédiatrie en avril 1932 par M. le Professeur Debré.

Nous rapportons *deux cas d'acrodynie récidivante*. Dans le premier cas (Observation N° 36) la récidive se produisit après un intervalle de bonne santé apparente de 7 mois. Dans le deuxième (Observation N° 38) après un an. Les rechutes et les récidives de l'acrodynie ne sont donc pas exceptionnelles, et même lorsque l'on voit le malade revenu à un état normal, on ne peut assurer une guérison définitive.

CHAPITRE V

EXAMENS DE LABORATOIRE

De très nombreux examens de laboratoire ont été pratiqués depuis que l'acrodynie est connue, moins d'ailleurs dans le but de trouver de nouvelles bases de diagnostic que dans celui de chercher une explication pathogénique.

Les urines n'ont jamais fourni aucun renseignement précis. On a signalé de l'albuminurie, de la phosphaturie, parfois une glycosurie intermittente.

Beaucoup d'ailleurs ont orienté leurs recherches du côté du sang. La *formule leucocytaire* s'est montrée souvent anormale, indiquant le plus souvent, mais non constamment, de l'hyperleucocytose à 10.000 ou même 40.000 globules blancs, avec prédominance des polynucléaires. L'hyperglobulie a été signalée plusieurs fois. Chez un malade de Van Bogaërt elle atteignait 7 millions. L'explication que donne Feer de ces modifications est la suivante :

L'hyperglobulie serait due à un épaissement du sang par suite des transpirations abondantes ;

L'hyperleucocytose, aux infections secondaires et en particulier aux infections cutanées si fréquentes chez les acrodyniques. Elle n'aurait donc aucune valeur indicative en faveur d'une pathogénie infectieuse de la maladie.

Au point de vue chimique, la glycémie s'est montrée fréquemment supérieure à la normale. Feer a montré que la courbe de la glycémie provoquée donnerait un résultat à peu près analogue à celui qu'on obtient dans le diabète, et pour lui ce fait indiquerait une augmentation du tonus sympathique.

Quelques auteurs, faisant remarquer la fréquence des infections rhino-pharyngées, ont pratiqué desensemencements dans l'espoir de trouver le germe causal de la maladie. Ils n'ont trouvé que les hôtes banaux des voies respiratoires supérieures: Vipond, de Londres, déclara avoir trouvé un coccus à Gram positif, mais il n'a jamais été retrouvé depuis.

La ponction lombaire a été quelquefois pratiquée pour affermir un diagnostic hésitant. Elle a toujours montré un liquide céphalo-rachidien normal au triple point de vue physique, chimique et bactériologique. Il est tout particulièrement intéressant de constater que le rapport $\frac{\text{glycémie}}{\text{glycorachie}}$ s'est toujours montré inférieur à la normale, ce qui oppose dans une certaine mesure l'acrodynie à l'encéphalite de laquelle certains ont voulu la rapprocher.

En ce qui nous concerne, nous rapporterons seule-

ment que dans un cas particulièrement grave (Obs. 5) M. le Docteur Chevrel fit une ponction lombaire qui ramena un liquide céphalo-rachidien absolument normal à tous points de vue. Pour plus de sûreté, une inoculation de ce liquide dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin fut pratiquée et donna un résultat complètement négatif.

On peut donc conclure que les examens de laboratoire n'ont jusqu'ici aidé en rien à découvrir la pathogénie de l'acrodynie et qu'ils n'ont eu pour utilité que de permettre d'éliminer, dans certaines formes anormales, des affections voisines comme l'encéphalite.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'Acrodynie infantile est facile dans sa forme habituelle, lorsque tous les symptômes existent au complet. Mais il n'en est pas de même dans les formes frustes ou anormales. Il faut également remarquer que la maladie, bien qu'ayant fait l'objet de nombreuses publications, n'est pas encore connue de la masse des médecins, et on peut constater que beaucoup de cas décrits dans la littérature avaient fait l'objet des diagnostics les plus variés avant d'être adressés à un pédiâtre au courant de la question.

Dans la plupart des cas, le médecin très perplexe devant ce syndrome inconnu de lui, se contente de lui donner une étiquette vague et qui d'ailleurs ne le satisfait pas entièrement : il parle de troubles de croissance, il pense au rachitisme ou à quelque autre avitaminose.

D'autres fois, et c'est surtout le fait des acrodynies à formes anormales avec syndrome dissocié, la maladie peut être confondue même par un praticien

averti avec d'autres affections voisines. La confusion est surtout fréquente au début de l'évolution.

Les troubles moteurs peuvent faire penser à une poliomyélite ou à une polynévrite diphtérique. Dans la poliomyélite on remarque qu'il ne s'agit pas d'une simple hypotonie musculaire, mais d'une véritable paralysie de tout un groupe de muscles avec abolition des réflexes. Dans la polynévrite diphtérique on recherchera les localisations spéciales habituelles : paralysies du voile du palais, paralysies oculaires. On pourra, de plus, pratiquer un ensemencement de la gorge et du nez.

L'encéphalite, que certains ont voulu rapprocher de l'acrodynie quant à sa pathogénie, s'en distingue facilement au point de vue clinique : dans l'acrodynie on ne voit ni l'hyperthermie, ni les troubles oculaires, ni les modifications du liquide céphalo-rachidien qui donnent sa physionomie spéciale à l'encéphalite. D'autre part, on ne retrouve pas dans l'encéphalite le syndrome circulatoire spécial à l'acrodynie : tachycardie, hypertension artérielle.

A la période d'état, quand le syndrome psycho-acro-pathologique est entièrement constitué, l'acrodynie peut encore être confondue avec certaines intoxications et certaines avitaminoses, et principalement avec l'arsenicisme, l'ergotisme et la pellagre.

L'ergotisme a été rapproché par de nombreux auteurs de l'acrodynie. En 1828, pendant l'épidémie de Paris, Genest affirma leur identité et plus tard Trousseau reprit cette opinion à son compte. C'est

surtout la forme gangréneuse de l'ergotisme qui se rapproche le plus de l'acrodynie. On y trouve : l'asthénie, les douleurs au niveau des extrémités, les troubles intellectuels, l'absence de fièvre de l'acrodynie, et il ne faut pas oublier que plusieurs observations d'acrodynie ont été publiées où on relatait de véritables gangrènes des extrémités; on ne peut pourtant confondre les deux affections, car l'ergotisme a une cause bien déterminée et qu'on n'a jamais retrouvée dans l'étiologie de l'acrodynie : l'absorption de seigle avarié.

L'arsenicisme présente quelques points de ressemblance avec l'acrodynie : troubles digestifs, troubles moteurs, manifestations cutanées. Mais on ne trouve pas dans l'arsenicisme les troubles vaso-moteurs, les troubles trophiques, sudoraux des extrémités, ni les troubles de l'appareil circulatoire : tachycardie et hypertension. Comme le fait remarquer Serval de Cosmi, l'extraordinaire diffusion de l'acrodynie cadre mal avec une intoxication.

Enfin l'acrodynie a pu rapprochée de certaines maladies « par carence » et en particulier de la pellagre, et c'est peut-être l'affection qui offre le plus de ressemblance avec l'acrodynie avec son érythème des parties découvertes, ses troubles intellectuels, ses paralysies, ses sensations de brûlure aux pieds et aux mains. Mais c'est une affection qui frappe surtout les adultes et qui aurait pour origine l'alimentation exclusive par le maïs. Cette cause est absolument inexis-

tante dans notre région où la pellagre est d'ailleurs inconnue.

Nous pouvons donc conclure que si l'acrodynie, surtout au début de son évolution et dans ses formes anormales, se rapproche de certaines autres affections, elle reste bien particulière par l'ensemble de ses symptômes et ne saurait perdre son individualité. Son diagnostic n'offre guère de difficultés à condition de bien connaître le trépied symptomatique à peu près constant formé par les troubles du sommeil et du caractère, par les troubles circulatoires et par le syndrome acro-pathologique.

CHAPITRE VII

LE TRAITEMENT

Etant donné le peu de connaissances que nous possédons encore à l'heure actuelle sur la cause exacte de l'acrodynie, il n'existe pas de traitement pathogénique et par conséquent spécifique de la maladie. Cependant de nombreuses hypothèses ont été proposées et de ce fait leurs auteurs ont été conduits à tenter l'application d'une thérapeutique pathogénique en rapport avec l'hypothèse qu'ils avaient soutenue.

Partant de cette idée que l'acrodynie pouvait être considérée comme une maladie par carence, comme une avitaminose, quelques auteurs ont cherché à parer cette déficience alimentaire en donnant à leurs malades un régime particulièrement riche en valeur calorique et en vitamines. Van Westriennen, de Haarlem, en 1925, administrait du jus de tomates crues. Plus récemment, on a proposé de donner au malade la cuticule de pommes de terre crues ; ce traitement serait appliqué par plusieurs médecins en Australie. Ces thérapeutiques ne sont d'ailleurs pas nouvelles,

car déjà, en 1828, lors de l'épidémie de Paris, un médecin prétendait obtenir d'excellents résultats en soumettant ses malades à un régime riche en salades crues et en oseille.

D'autres traitements sont basés sur l'hypothèse de troubles endocriniens. On a successivement proposé l'adrénaline, les petites doses d'extrait thyroïdiens (Swift), tandis que d'autres auteurs (Weitpreicht et Bohn), estimant cette thérapeutique contre-indiquée, prescrivaient au contraire de l'anti-thyroïdine. Les extraits thymiques ont été préconisés en Angleterre par Sweet.

Ceux qui considèrent l'acrodynie comme une maladie infectieuse due à un virus neurotrope se fixant sur le système neuro-végétatif ont préconisé divers antiseptiques. Les uns ont utilisé par voie intra-veineuse la tripaflavine, d'autres l'uroformine, d'autres encore le salicylate de soude.

Enfin les Américains, partisans de l'origine rhinopharyngée de l'infection, ont pratiqué avec de bons résultats, disent-ils, l'ablation systématique des amygdales (travaux de Roddia de Chicago).

A côté de ces tentatives de thérapeutique pathogéniques s'inscrivent toute une série de médicaments purement symptomatiques les plus divers qui ont été conseillés tour à tour sans qu'aucun ait jamais réuni l'unanimité des suffrages.

Contre les troubles sudoraux on a utilisé l'atropine, la génatropine, l'acétyl-choline qui aurait en outre l'avantage de combattre l'hypertension artérielle, fré-

quente chez les acrodyniques. M. le Professeur Debré a conseillé le tartrate d'ergotamine contre les troubles sympathicotoniques. Contre l'insomnie certains prescrivent le gardénal, d'autres l'opium à petites doses (Debré). Contre le prurit de nombreuses pommades ont été proposées : pâte camphrée (Rocaz), pommade de MM. Nobécourt et Pichon, pommade au métatitan, etc... Pour relever l'état général, tous les toniques ont été essayés et en particulier une méthode physiothérapique qui paraît jouer ici un rôle particulièrement bienfaisant : les rayons ultra-violets.

Ces derniers ont formé la base du traitement appliqué dans presque tous les cas qui font l'objet de nos observations. Dans ces cas les rayons ultra-violets ont été utilisés par séries de 15 à 20 séances de durée progressivement croissante, à raison d'une séance tous les deux jours.

Très accessoirement et pour obéir à des indications spéciales, ont été prescrits, dans quelques cas, divers médicaments : des spécialités telles que l'Ultravita-mine 1, le Vigantol, des paquets de glycérophosphate de chaux et de protoxalate de fer, le Gardénal contre l'insomnie, l'Urotropine à titre d'antiseptique interne.

Dans l'ensemble de cette thérapeutique, basée avant tout sur l'action des rayons ultra-violets, à doses répétées, a donné d'excellents résultats dans la plupart des cas (observations N^{os} 3, 4, 10, 18, 19, 20, etc...). Il est rare que le bénéfice du traitement se fasse sentir pendant l'application des rayons, bien qu'elle ait été parfois constatée chez nos malades. C'est en général

au cours du mois qui suit la fin du traitement qu'elle se manifeste. Il a apparu très tôt que cette action bien-faisante de l'actinothérapie est constante. C'est pourquoi, en dehors des calmants (Bromures et Gardénal), elle a constitué pour la plupart de nos malades, même les plus gravements atteints, le seul traitement appliqué. Nous devons rapproché ces résultats de ceux de B. Sweet qui, dans 17 cas d'acrodynie, a obtenu de cette méthode thérapeutique des résultats intéressants. On constate toujours, en effet, une amélioration plus ou moins rapide des troubles de la marche, de l'insomnie, des troubles du caractère, des lésions des extrémités. Les sueurs, la tachycardie (qui disparaît en dernier lieu) semblent avoir davantage résisté au traitement. Dans tous les cas, l'état général s'est nettement relevé après la série de rayons ultra-violets, et ce n'est certes pas un résultat négligeable que cette amélioration manifeste de l'état général dans une maladie qui tue surtout par la longueur de son évolution, par la cachexie et la diminution de résistance aux infections secondaires qu'elle entraîne.

CONCLUSIONS

L'Acrodynie actuelle, qui se présente plutôt comme une maladie nouvelle que comme un réveil d'une maladie ancienne, est une affection de la petite enfance qui ne saurait être confondue avec aucun autre syndrome et qui mérite bien son individualité tant au point de vue clinique que par sa pathogénie.

C'est une maladie qui tend à s'étendre à toutes les régions de la France, que tout médecin est appelé à rencontrer et dont il doit connaître la symptomatologie.

Sa pathogénie est encore inconnue, de même que son étiologie est encore imprécise.

Son évolution est longue avec une tendance naturelle vers la guérison, la mort étant surtout le fait d'une durée anormale de la maladie et des infections secondaires qui surviennent à la faveur d'une défaillance de l'état général. Cette évolution peut se faire par poussées évolutives avec rémissions intercalaires. On peut même observer de véritables récidives.

La thérapeutique la moins décevante paraît être

une thérapeutique qui, ne prétendant pas remonter à la cause même de la maladie (cause encore trop mal définie), se contente de lutter contre les symptômes les plus accentués et a surtout pour but de soutenir les forces de l'enfant, de lui permettre de faire les frais d'une maladie toujours longue et pénible, mais qui se termine heureusement dans la grande majorité des cas. A la base de cette thérapeutique il faut, nous semble-t-il, placer l'utilisation des rayons ultra-violets. méthode simple, aisée et dont les résultats ont été, en ce qui nous concerne, constamment favorables, même dans les cas les plus sérieux.

Vu : *Le Doyen,*
ROUSSY.

Vu : *Le Président de Thèse,*
NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- DUHEM et HUANT. — Société de Pédiatrie (20 novembre 1934), *Six cas d'acrodynie traités avec succès par les ultra-violets*.
- BLECHMANN. — Société de Pédiatrie (19 juin 1934), *Un cas d'acrodynie guéri par l'acétyl-choline*.
- E. PICHON et H. CAMBESSEDÈS. — Archives de Médecine des Enfants, n° 7 (juillet 1934), *Deux nouveaux cas d'acrodynie infantile (maladie de Selter)*.
- WEILL-HALLÉ et B. KLOTZ. — Société de Pédiatrie (3 juillet 1934), *Un cas d'acrodynie récidivante*.
- R. DEBRÉ. — Société de Pédiatrie (séance du 19 avril 1932), *Récidive d'acrodynie*.
- MARQUÉZY. — Société de Pédiatrie (séance du 19 avril 1932), *Un cas d'acrodynie. Insuccès de l'acétyl-choline*.
- L. EXCHAQUET. — *Revue médicale de Suisse romande* (25 juillet 1930), *Un cas d'acrodynie avec perte des dents et ostéo-myélite du maxillaire*.
- Carlos F. KRUMDIECK. — Thèse de Lima, 1929, *Contribucion al estudio de la acrodinia*.
- Luigi GREPPI. — *Riv. di Clin. Pediatrica* (juillet 1930), *Contributo clinico allo studio dell'acrodinia infantile*.
- E. LORUSSO. — *La Pediatria del Medico Pratico* (novembre 1929), *Un caso di acrodinia infantile*.

- C. W. WYCKOFF (de Cleveland). — An j. of Dis. of Children (janvier 1929), *Juvenile acrodynia*.
- PÉHU. — Société médicale des hôpitaux de Lyon (12 juin 1934), *Nouvelles notes sur l'acrodynie infantile*.
- MOURIQUAND, M^{lle} WEILL et BASMAND. — Société méd. h^ôp. Lyon (12 juin 1934), *Acrodynie fruste diagnostiquée par les signes cardio-vasculaires*.
- J. MILHIT et E. Roger de VÉSICOURT. — Gaz. médicale de France (1^{er} juin 1934), *Un nouveau cas d'acrodynie fébrile*.
- DEBRÉ, MARIE et MESSIMY. — Société méd. h^ôp. Paris (22 juin 1934), *Syndrome quadriplégique au cours d'une acrodynie*.
- ROCAZ. — Clinique et Laboratoire (juillet 1928), *L'acrodynie infantile*.
- R. DEBRÉ et SERVEL LE COSMI. — Monde médical (janvier 1930), *Formes cliniques de l'acrodynie infantile*.
- KNIPPER. — Presse médicale (septembre 1927), *L'acrodynie infantile*.
- G.-Ph. BELLEOCQ et R. MEYER. — Revue Française de Pédiatrie (n° 4, 1932), *Etude clinique et anatomopathologique d'une forme grave d'acrodynie*.
- J.-A. CHAVANY. — Presse Médicale (n° 95, 26 novembre 1932), *Un cas d'acrodynie*.
- G. CHARLEUX. — Journal de Médecine de Lyon (n° 270, 5 avril 1931), *Sur un cas d'acrodynie infantile*.
- DIESBECQ. — Journal de Médecine de Lille (n° 6, mars 1933), *Deux cas d'acrodynie*.
- L. FRAPPEREAU. — La Pédiatrie pratique (n° 708, 10 janvier 1932), *Un cas d'acrodynie infantile à forme photophobique*.
- GILLOT et MACHUEL. — Algérie Méd. (janvier 1933), *L'acrodynie infantile à Alger*.
- P. LEREBOULET. — Gazette des Hôpitaux (n° 40, 18 mai 1932), *Acrodynie infantile*.

- MEYER ZU HÖRSTF. — *Klin-Wochenacrift* 10 (28-29-3 janvier 1931), *Ein eigenortiger Verlauf der Feuxhen Krankheit Rückfall ober Generkrankung.*
- NOBÉCOURT. — *Journal des Praticiens* (23 janvier 1932), *Sur quelques formes cliniques de l'acrodynie infantile.*
- E. PICHON. — *Le Concours médical* (n° 33, 14 août 1932), *Acrodynie infantile.*
- POREZ et LEKIEFFRE. — *Journal de Médecine de Paris* (9 avril 1931), *Un nouveau cas d'acrodynie infantile dans la région du Nord.*
- M. SCHACHTER. — *Journal de Médecine de Paris* (26 octobre 1933), *L'Etio pathoogénie et le traitement de l'acrodynie ou maladie de Srwift-Feer.*
- R. TURQUETY. — *Journal des Praticiens* (n° 2, 15 mars 1930), *L'acrodynie infantile.*
- ROCAZ. — *Pédiatrie* (avril 1930), *Acrodynie infantile avec encéphalo-myélite terminale.*
- REITSCHEL. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (6 mai 1932), *Pathogénie de la maladie de Feer.*
- G. BLECHMANN et MONTLAUR. — *Presse médicale* (n° 66, 19 août 1933), *Acrodynie infantile et intro-dermo réactions.*
- DESSERT, GRAND et TEISSIER. — *Le Centre médical* (mars 1933), *Cinq cas d'acrodynie.*
- LEENHARDT, CHAPTAL et HENRIET. — Société des Sc. méd. et biol. de Montpellier et Languedoc méditerranéen. *Acrodynie infantile au cours d'une encéphalite aiguë.*
- KNIPPER. — *Presse médicale* (septembre 1927), *L'acrodynie infantile.*
- R. FLAMENT. — *Journal des Sciences méd. de Lille* (10 janvier 1932), *A propos d'un cas d'acrodynie infantile.*
- LEENHARDT et CHAPTAL. — *Pédiatrie* (juillet 1931, p. 174), *Encéphalite et acrodynie infantile.*

- MOURIQUAND, DESALLIAN et J. SAVOYE. — *Sur un cas fruste d'acrodynie infantile. Pédiatrie* (juillet 1931, p. 180).
- GIRARD. — *Progrès médical* (n° 9, 28 février 1931, p. 389), *Acrodynie infantile. Discussion de l'origine glandulaire ou encéphalitique.*
- BERLEMONT. — *Contribution à l'étude de l'acrodynie infantile.* (Thèse de Lille, 1929-30.)
- BEUTTER. — *Deux cas d'acrodynie infantile.* (Soc. de Pédiatrie, 21 décembre 1926.)
- BEUTTER. — *Acrodynie infantile.* (*La Loire Médicale*, n° 8, août 1927.)
- BEUTTER, JANET, PIERROT, NOBÉCOURT et PICHON. — *Acro-dynie.* (Soc. de Pédiat. de Paris, 21 décembre 1926.)
- Paul et P. BEZY. — *Acrodynie de l'enfance.* (*Toulouse médical*, 1^{er} avril 1927, n° 7, p. 212; Société Anatomoclinique, séance du 29 janvier 1927.)
- BEZY. — *Acrodynie paroxystique de l'enfance.* (*Ann. de Derm. et de Syph.*, n° 7, juillet 1927.)
- BEZY. — *Acrodynie paroxystique de l'enfance.* (*Ann. de Derm. et de Syphil.*, 1927, t. VIII.)
- BEZY. — *L'acrodynie infantile.* (Soc. de Méd., de Chir. et de Pharm. de Toulouse, juillet 1928.)
- BEZY. — *L'acrodynie infantile.* (*Toulouse médical*, 1^{er} octobre 1928.)
- J. B. BILDERBACK. — *Acrodynia.* (*Journ. of Amer. Medic. Assoc.*, LXXXIV, 1925, 14 février, p. 495-498.)
- BINET. — *Un cas d'acrodynie infantile.* (*Pédiatrie*, avril 1930.)
- BOGAERT, BOUMANS et SWEERTS. — *Sur l'acrodynie de l'enfant et de l'adulte.* (*Revue franç. de Pédiatrie*, février 1928.)
- BUTLER. — *Erythredema. Pink disease so-called acro-dynia and young children.* (*Arch. of Dermat. and Syphil.*, febrero 1925, p. 166.)

- CARDENAS et PASTOR. — *La acrodina infantile. (La Pédiatr. Espan., mars 1927.)*
- Georges CASTETS. — *L'acrodynie.* (Thèse de Montpellier, 1929 ; E. Montané, Montpellier, 1929.)
- CAUSSADE et ABEL. — *Acrodynie infantile. A propos d'un nouveau cas.* (Soc. de Méd. de Nancy, 25 avril 1928.)
- R. DEBRE et H. CLERET. — *Acrodynie infantile mutilante. Récidive d'acrodynie après sept années d'intervalle. Séquelles psychiques et vaso-motrices.* (Pédiatrie, novembre 1932.)
- R. DEBRE et H. CLERET. — *Acrodynie infantile à forme chiques et vaso-motrices.* (Société de Pédiatrie, de mutilante récidive au bout de sept ans. Séquelles psychiques, séance du 9 avril 1932; *Revue de Pédiatrie de Paris*, séance du 9 avril 1932; *Revue de Pédiatrie*, tome VIII, n° 3, 1932.)
- A. L. J. DELOINCOURT. — *L'acrodynie infantile dans la région de Reims.* (Thèse de Paris, édit. Jol., 1934.)
- DIESEC. — *Deux cas d'acrodynie.* (*Journal de médecine de Lille*, n° 6, mars 1933, B.)
- R. DUBOIS. — *Un cas d'acrodynie infantile.* (*Le Scalpel*, n° 40, 6 octobre 1934.)
- M. DUFOIX. — *Syndrome d'acrodynie infantile avec manifestations convulsives.* (*L'Echo médical des Cévennes*, n° 4, avril 1934.)
- A. FINOT. — *Une maladie nouvelle : l'acrodynie infantile.* (*Revue thérapeutique des alcaloïdes*, n° 7, juillet 1934.)
- R. FLAMENT. — *A propos d'un cas d'acrodynie infantile.* (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 10 janvier 1932.)
- GAUTIER et AUDEOUD. — *Trois cas d'acrodynie infantile.* (*Revue médicale de la Suisse romande*, an LIII, n° 3, (10 mars 1933.)
- GILLOT et MACHUEL. — *L'acrodynie infantile à Alger.*

- (Société de Médecine d'Alger, séance du 24 juin 1932;
Algérie médicale, janvier 1933.)
- F. HAUSALTER. — *La description de l'acrodynie infantile en France. (Revue médicale de l'Est, n° 7, 1^{er} avril 1934.)*
- MARTIN et GONZALÈS. — Thèse de Paris, 1927, n° 5, *Acrodynie infantile*.
- SERVEL DE COSMI. — Thèse de Paris, 1930, n° 12, *L'acrodynie infantile, étude clinique*.
- LANDREAU. — Thèse de Paris, 1932, n° 622, *Essais cliniques sur le rapprochement étiologique de maladies d'aspect différent : rhumatisme articulaire aigu, chorée, encéphalite épidémique, poliomyélite, acrodynie*.
- DELVINCOURT. — Thèse de Paris, 1934, n° 627, *L'acrodynie infantile dans la région de Reims*.
- MAX FRANTZ. — Thèse de Lausanne, 1934, *Sur l'acrodynie infantile et son traitement*.
- LEMEILLET. — Thèse de Bordeaux, 1929-1930, *Acrodynie de l'adulte. Ses rapports avec l'acrodynie infantile. Sa nature*.
-

